

**Cadre réservé à l'administration**

Date réception :

Numéro enregistrement :

Date MAJ FU :

Date VER :

MAR :

Date TRT :



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT - COVID19 ACTIVITES A L'ANNEE

**IDENTITE DE L'ABONNE**

NOM - Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

Adresse mail \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_\_

Téléphone portable \_\_\_\_\_

Numéro de carte(s) d'accès \_\_\_\_\_

**ACTIVITE PRATIQUEE (1ère SESSION)**
 Aquagym (douce, fitness, tonique ou sculpt)

 Enfants (bébés nageurs, premières bulles)

 Gym sèche (Gasquet, zumba, cardio sculpt, CAF, stretching, seniors...)

 Stage

Jour et heure \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'administration

MAR 1

**ACTIVITE PRATIQUEE (2ème SESSION)**
 Aquagym (douce, fitness, tonique ou sculpt)

 Enfants (bébés nageurs, premières bulles)

 Gym sèche (Gasquet, zumba, cardio sculpt, CAF, stretching, seniors...)

 Stage

Jour et heure \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'administration

MAR 2

**ACTIVITE PRATIQUEE (3ème SESSION)**
 Aquagym (douce, fitness, tonique ou sculpt)

 Enfants (bébés nageurs, premières bulles)

 Gym sèche (Gasquet, zumba, cardio sculpt, CAF, stretching, seniors...)

 Stage

Jour et heure \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'administration

MAR 3

**ACTIVITE PRATIQUEE (4ème SESSION)**
 Aquagym (douce, fitness, tonique ou sculpt)

 Enfants (bébés nageurs, premières bulles)

 Gym sèche (Gasquet, zumba, cardio sculpt, CAF, stretching, seniors...)

 Stage

Jour et heure \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'administration

MAR 4

**PIECES JUSTIFICATIVES**
 Relevé d'Identité Bancaire

 Justificatif domicile
**SIGNATURE**

J'ai pris connaissance des conditions de compensation du CNI et les accepte sans réserve.

Attention, tout dossier incomplet ne sera pas traité.

A

, le

jour	mois	année

**Le demandeur**

Nom, Prénom

Signature